

Evaluationsbogen (Familien)

Angebot „Frühe Hilfe im klinischen Setting“

- ▶ Bitte den Bogen per E-Mail oder Post an den Fachbereich Kinder, Jugend und Familie – Koordination Frühe Hilfen schicken.

Landeshauptstadt Potsdam
 Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
 Koordination Frühe Hilfen
 Friedrich-Ebert-Straße 78/81
 14469 Potsdam

E-Mail: Fruehehilfen@Rathaus.Potsdam.de

- ▶ *Unser Interesse an der Evaluation dient vordergründig der Qualitätssicherung und -entwicklung des Angebotes und nicht der Auswertung jeder einzelnen Beratung. Bitte nutzen Sie für Lob, Kritik und Feedback auch die Möglichkeit des persönlichen Gesprächs mit den Beraterinnen und Beratern.*

Nutzerin/Nutzer
des Angebotes

schwanger	Mutter	Vater	Eltern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kind

ungeboren	1. Lebensjahr	2. Lebensjahr	3. Lebensjahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Träger/Anbieter der
Beratung

--

Zeitraum der Beratung

Wie zufrieden waren Sie
mit der Überleitung von der
Klinik zur Maßnahme?

(sehr) zufrieden oder „ja“	teils, teils	nicht zufrieden oder „nein“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Wie zufrieden waren Sie
mit der Beratung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen:

	(sehr) zufrieden oder „ja“	teils, teils	nicht zufrieden oder „nein“
Wie zufrieden waren Sie mit dem Verlauf und dem Prozess der Beratung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			
Hat sich mit der Beratung eine Verbesserung eingestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			
Haben Sie nach Ablauf oder innerhalb der Beratung weiterführende oder andere Unterstützung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn „ja“, welche?			
<input type="checkbox"/>	Hebamme	<input type="checkbox"/>	Frühförderung
<input type="checkbox"/>	Familienhebamme	<input type="checkbox"/>	Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Frühberatung	<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Hilfe (selbst)
<input type="checkbox"/>	Angebote durch das Netzwerk Gesunde Kinder	<input type="checkbox"/>	Hilfe zur Erziehung (über das Jugendamt)
<input type="checkbox"/>	Familienzentrum	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfeangebote
<input type="checkbox"/>	Familienberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	Suchtberatung
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung des Angebotes? oder Hatten Sie andere Vorstellungen zum Angebot?			
Weitere Bemerkungen			

Kontaktdaten zur Rückmeldung

Name, Vorname	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	